Ueber den Einfluß nicht gynaekologischer Operationen auf die Menstruation

---

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Herbert Holland-Cunz
approb. Arzt aus Steinbach-Hallenberg.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 16. Sept. 1920.
Referent: Prof. Zangemeister.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1920.

Nach einleitenden Bemerkungen über in der Literatur sich findende Angaben über Menstruationsstörungen nach Krankheiten, körperlichen und psychischen Traumen, gynaekologischen und nicht gynaekologischen Operationen wird die Frage des Einflusses nicht gynaekologischer Operationen auf die Menstruation beleuchtet, fußend auf den durch Umfrage von 98 Frauen erhaltenen Antworten.

Es ergibt sich, daß bei 80 % der Fälle ohne Rücksicht auf die Operationsart die Menstruation nach der Operation in irgendeiner Weise verändert war; entweder waren die Blutungsdauer verlängert oder verkürzt, die Blutungsstärke vermehrt oder vermindert oder die Menstruationsbeschwerden verändert. In 66 % der Fälle war der Termin der ersten postoperativen Menstruation verschoben, und zwar 37 mal im Sinne einer primären Amenorrhoe, 29 mal als postoperativ antizipierte Blutung; letzterer folgte bei 9 Frauen eine secundäre Amenorrhoe von 5 ½ Wochen bis 6 Monaten Dauer. Einmal trat eine 8wöchige sekundäre Amenorrhoe auf nach postoperativ rechtzeitiger Periode. Bezüglich der Regularität der Menses konnte festgestellt werden, daß bei 72 Frauen mit ante operationem rhythmischem Ablauf der Menstruation dieser in 6 Fällen durch die Operation gestört wurde; bei den übrigen 26 Frauen war die Menstruation bereits vor dem Eingriff unregelmäßig, sie wurde post operationem regelmäßig in 17 Fällen. 6 mal trat Zykluswechsel ein. Ein Vergleich dieser Zahlen mit dem Resultat der Untersuchungen Beckeys über Menstruations- und Schwangerschaftsstörungen nach Unfall (Verbrennungen) läßt eine weitgehende Uebereinstimmung erkennen, nur daß nach Operationen der Prozentsatz der

Menstrationsveränderungen entsprechend dem geringeren traumatischen wie psychischen Insult niedriger ist. Wenn Beckey für seine Fälle das psychische Trauma als auslösende Ursache verantwortlich macht, so liegt der Gedanke nahe, auch hier in allen Fällen die Ursache der Menstruationsstörungen nach Operationen im psychischen Trauma zu suchen. Diesem Gedanken folgend, beschäftigt sich die weitere Untersuchung damit, festzustellen, ob in allen Fällen die Operation in der gleichen Weise wirkt, oder ob, auf jeweils besondere Ursachen hinweisend, Unterschiede bestehen in der Beeinflussung der Menses durch die verschiedenen Operationsarten und durch Begleitumstände wie die Größe des Intervalls zwischen letzter Menstruation und Operation, vor der Operation bestehender Regularität oder Irregularität, Stand, d. h. ob ledig oder verheiratet, Allgemeinzustand, Art der Schmerzbetäubung, Körpertemperatur während oder kurz nach der Operation.

Die Untersuchung führt nach Berücksichtigung dieser Punkte zu dem Ergebnis, daß zwar jede Operation, selbst die geringfügigste, Menstruationsstörungen hervorzurufen imstande ist, daß aber die Häufigkeit und Schwere der Störung in einem gewissen, wenn auch keineswegs durch eine Regel festzulegenden Abhängigkeitsverhältnis zur Art und Größe des chirurgischen Eingriffs steht. Insbesondere scheinen nach Appendektomien und Cholezystektomien die postoperative, primäre Amenorrhoe, die Verkürzung der Blutungsdauer und die Verringerung der Blutungsstärke zu überwiegen, während Bruchoperationen, Strumaoperationen und einfache Laparotomien die Menstruation in der Richtung der antizipierten, kurz nach der Operation einsetzenden Uterusblutung mit folgender Amenorrhoe und der Verlängerung und Verstärkung der Blutung zu beeinflussen scheinen.

Je besser weiterhin der Allgemeinzustand, je höher das Alter, je niedriger die Körpertemperatur, je geregelter der Ablauf der menstruellen Funktionen vor der Operation,

umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß der chirurgische Eingriff die Menstruation unbeeinflußt läßt. Im gleichen Sinne wirkt die Lokalanaesthesie im Gegensatz zur Aethernarkose; die letztere scheint übrigens besondere Disposition zu schaffen für die Umwandlung der ante operationem regelmäßigen in die nach dem Eingriff unregelmäßige Menstruation. Aethernarkose, Fiebertemperaturen, vor der Operation bestehende Irregularität der Menses und jugendliches Alter begünstigen die postoperative Amenorrhoe; mittleres Alter leistet der postoperativ antizipierten Blutung Vorschub, ebenso wie die Anwendung der Lokalanaesthesie. Günstiger Ernährungszustand und Irregularität der Menses befördern das Auftreten von Menorrhagien; schlechter Ernährungszustand und reguläre Menstruation ante operationem disponieren für postoperativ schwächere Uterusblutung. Gegenüber den nach der Operation auftretenden Menstruationsstörungen können vor der Operation bestehende Anomalien der Menses durch diese zwar zur Norm zurückgeführt werden, wenn ihre Ursache durch den chirurgischen Eingriff beseitigt wird.

Die Operation an sich ist also als die die Menstruationsstörungen auslösende Ursache anzusehen, die Begleitumstände wirken nur in gewisser Weise Richtung gebend. Der Weg, auf dem die Operation zu Menstruationsanomalien führt, ist der des psychischen Traumas. Die Verschiedenheit der Reaktion wird in Beziehung gebracht mit der Möglichkeit, daß es sich in dem einen Falle um vegetativ mehr nach der sympathischen Seite — Amenorrhoe —, im anderen Falle mehr nach der vagischen Seite — Menorrhagie, bezw. antizipierte Blutung — stigmatisierte Individuen handeln könnte. Warum die gleiche Operation von der einen Frau mit einer Störung ihrer genitalen Funktionen beantwortet wird, von der anderen nicht, findet seine Erklärung darin, daß die durch die Operation gesetzte psychische Alteration in dem einen Fall außerordentlich tief greift, in dem anderen kaum als solche empfunden wird.